

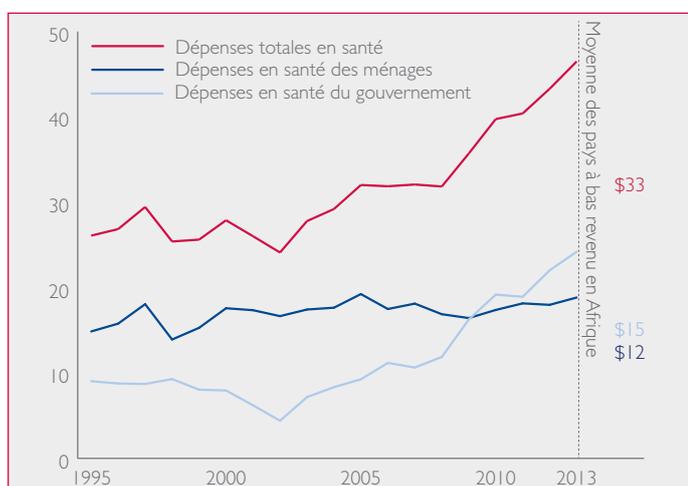
PROFIL DE FINANCEMENT DE LA SANTÉ: TOGO

Indicateurs-clés pour les pays

Indicateurs de développement*	
Population totale	6 817 000
Taux de fertilité total (naissances par femme)	4,6
Revenu brut national par habitant (PPA)	1 180
Indicateurs de dépenses en santé**	
Ratio de dépenses	
Dépenses totales en santé en % du PIB	8,6% ↑ moyenne des pays à bas revenu (5%) ↓ moyenne globale (9,2%)
Niveau de dépenses	
Dépenses générales du gouvernement en santé en % des dépenses totales du gouvernement	15,4% ↑ cibles déterminées par la Déclaration Abuja (15%)
Indicateurs par habitant sélectionnés	
Dépenses totales en santé par habitant (PPA int.\$)	119
Dépenses en santé du gouvernement par habitant au taux d'échange moyen (US\$)	28
Dépenses en santé du gouvernement par habitant (PPA int.\$)	62
Sources de fonds	
Dépenses générales en santé du gouvernement en % des dépenses totales en santé	52,1%
Dépenses en santé privées en % des dépenses totales en santé	47,9%
Ressources externes en santé en % des dépenses totales en santé	5,9%
Dépenses personnelles en % des dépenses privées en santé	84,6%

Note: L'OMS regroupe des données et effectue des calculs en utilisant les montants absolus en unités de devises nationales converties en équivalents de Parité des pouvoirs d'achat (PPA)

Dépenses par habitant en US\$ (constant 2013 US\$)**



*Observatoire Global de la Santé, Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2013

**Base de donnée des dépenses globales en santé, OMS, 2013

Facteurs contextuels

L'approche du Togo par rapport à la planification nationale reliée à la santé au a évolué depuis 2010. Des réformes aux niveaux politiques et stratégiques du système de santé du pays ont résulté en la création de plans basés sur les données, connus sous le nom de Compacts, qui reflètent des partenariats et dialogues au sein des initiatives régionales telles que l'Harmonisation pour la Santé en Afrique (HSA) et le Partenariat International pour la Santé (PIS+). En 2011, le Togo a écrit une première version de la nouvelle Politique Nationale de la Santé et du Plan de Développement National de la Santé pour 2012-2015.¹

Le budget de l'état alloué au secteur de la santé a été dominé par la faible proportion des dépenses du gouvernement en santé (approximativement 5%), les paiements bas, et la sous-mobilisation des ressources internes. Près de la moitié (51%) de toutes les dépenses en santé sont des dépenses personnelles des ménages par le biais de paiements directs sous forme de frais d'utilisateurs, des recouvrements de coûts ou l'achat de médicaments par les patients.¹ En 2006, les ressources générées par recouvrements de coûts pour les établissements en santé s'élevaient à 41% du budget alloué à la santé par le gouvernement.^{1,2}

Certaines autorités locales (hôtels-de-villes et préfectures) financent les services de santé en payant des salaires aux travailleurs de la santé de la préfecture. Cette source de financement augmentera probablement dans le future alors que les systèmes d'offre de soins deviennent de plus en plus décentralisés. Les partenaires de développement offrent du support financier par le biais des programmes de coopération externes avec le gouvernement et le financement direct par les communautés par le biais d'organisations non-gouvernementales et d'associations. Le secteur de la santé a grandement souffert de la situation socio-politique du pays, ce qui a mené à une réduction de 62% dans l'assistance officielle au développement et à une réduction dans la part occupée par l'assistance externe du produit intérieur brut (PIB), qui a baissée de 13,8% à 3,3% entre 1990 et 2005.¹ Depuis, le redémarrage de la coopération avec l'Union Européenne et les institutions financières internationales ont amené le montant de l'aide à une enveloppe allant de 20 à 26 millions de \$US par année.¹

La récente Stratégie de Coopération entre les Pays de l'Organisation Mondiale de la Santé pour le Togo (2009-2013) inclut plusieurs priorités stratégiques, telles que le renforcement des systèmes de santé et communautaires, et identifie l'écriture d'une stratégie nationale de financement et de développement de la couverture universelle de la santé (CUS) comme une action stratégique.¹

Fonctions de Financement de la Santé

■ Contribution et collection des revenus:

Les enveloppes budgétaires pour le secteur de la santé au Togo ont été développées sur une base ad hoc dû à l'arrivée irrégulière des fonds du gouvernement et des partenaires externes. Des ressources constantes et suffisantes seront nécessaires afin d'assurer une bonne prévision des revenus et une formulation de budget valide. Le gouvernement Togoais travaille sur des réformes de la gestion des finances publiques avec le Fonds Monétaire International et la Banque Mondiale afin de réduire de tels risques financiers. Le budget de l'État pour ce secteur (6% en moyenne du budget national de 2005 à 2008, Plan de Dépenses à Moyen Terme ou PDMT, 2010-2013) est loin de satisfaire l'engagement de 15% pris par le biais de la signature de la Déclaration Abuja.³ Le Ministre de la Santé a développé un PDMT qui procure de l'information sur les conditions du secteur financier au cours de la période 2010-2013.

■ Partage:

La Politique Nationale de Santé 2009-2013 inclut le développement de mécanismes de solidarité différents afin d'étendre l'assurance-maladie et d'accéder à l'assurance-maladie basée sur la communauté, ou les *mutuelles*, et pour une meilleure gestion des subventions en santé. Une part de la population estimée à 6% est couverte par un programme d'assurance-maladie.⁴ Les programmes d'assurance sociale au Togo incluent les agences couvrant les pensions de vieillesse, les handicaps, les allocations familiales et l'assurance-maladie pour les employés des secteurs publics et privés formels. En 2011, des lois furent passées visant l'établissement d'un programme national d'assurance-maladie pour les servants civils, les employés de l'administration centrale, les collectivités locales, les agences para-publiques et les retraités du secteur publique. Au cours de la même année, les frais pour les césariennes ont été exonérés.⁴

En 2012, le programme national d'assurance-maladie (Institut National d'Assurance-Maladie ou INAM) a commencé à payer pour les services de santé inclus dans son ensemble de bénéficiaires, couvrant environ 300 000 personnes. La couverture du secteur non-formel par l'INAM n'a pas encore commencé, et un faible nombre de ces individus (près de 2% de la population) sont couverts par d'autres formes d'assurance-maladie privées.

■ Achat:

L'allocation de ressources financières aux fournisseurs et aux établissements de santé doit prendre en considération divers éléments qui peuvent améliorer la qualité du service, l'efficacité et l'équité. Afin d'assurer la durabilité financière de l'INAM et une entrée suffisante de ressources pour les services de la santé, les primes et les structures de coûts doivent être ré-évaluées afin de prendre en considération la disponibilité des services de santé et les besoins de la population. La performance du personnel est présentement évaluée; cependant, la compensation des fournisseurs est basée sur les salaires.

Rencontrer les Objectifs de Couverture Universelle de la Santé (CUS)

La CUS ne peut être atteinte que si les services de santé et la protection contre les risques financiers sont équitablement distribués. La protection financière équitable signifie que toute personne, indépendamment de leur niveau de revenu, a accès aux services de santé dont elle a besoin sans que ceux-ci ne causent de difficultés financières importantes.

Protection financière et équité dans le financement et l'utilisation

À 26%, l'accès général et l'utilisation des services au sein des populations ciblées du Togo demeurent bas.⁵ De plus, près de 12% de la population vivant en régions urbaines et rurales ne peuvent pas accéder aux services de soins de santé pour des raisons financières. Ce taux varie de 4,8% à 13,8% à travers les régions. Plus de 15% des femmes n'ont pas accès aux services de soins de santé dû à des raisons financières, comparativement à 10% des hommes.^{5,6}

Malgré les réformes du système de contributions couvrant le secteur formel et les améliorations du système supportant les personnes pauvres, la majorité de la population demeure à risque face aux chocs financiers induits par les dépenses en santé. Une proportion significative de la population pourrait fournir certains paiements sous forme de primes. Des *Mutuelles* sont en cours de développement et sont basées soit sur des organisations professionnelles ou des entités locales regroupées géographiquement.⁴

La rédefinition des critères qui déterminent quels citoyens sont admissibles à l'inscription à un mécanisme de cotisation de l'assurance maladie pourrait accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs du CUS.

Notes

1. [Togo: Stratégie de Coopération du Pays](#). Organisation Mondiale de la Santé. Genève, Suisse. Mai 2014.
2. Pande, A, Leiv A, Smits M, Eozenou P et E Ozcelik. [Contexte macro-financier et feuille de données du financement de la santé](#). Banque Mondiale: Washington DC, 2013.
3. [Togo: Observatoire Africain de la Santé](#). Organisation Mondiale de la Santé. Genève, Suisse.
4. [Togo: Vers une politique et stratégie de protection sociale nationale](#). Département du Développement Humain, Unité de Protection Sociale, Région Africaine. Le Groupe Banque mondiale. Washington, DC. 29 juin 2012.
5. [L'application du Togo pour l'aide du GAVI Alliance pour le renforcement des systèmes de santé \(RSS\)](#). Secrétariat du Gavi Alliance. Genève, Suisse. Avril 2010.
6. [Résumé d'analyse- Système de Financement de la Santé du Togo. Observatoire Africain de la Santé](#). Organisation Mondiale de la Santé. Genève, Suisse.

Des informations additionnelles peuvent être obtenues à l'adresse suivante:

African Strategies for Health 4301 N Fairfax Drive, Arlington, VA 22203 • +1.703.524.6575 • AS4H-Info@as4h.org

www.africanstrategies4health.org